



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**  
**DIVISIÓN DE SUBSIDIOS Y AYUDAS**

**CONVENIO DE PAGO INDIRECTO Y REEMBOLSO DE SUBSIDIOS CON CARÁCTER NACIONAL O LOCAL QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL LIC. MARCO ANTONIO ALVAREZ BECERRA, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL INSTITUTO” Y, POR LA OTRA PARTE SISTEMA DESCENTRALIZADO DE AGUA POTABLE, REPRESENTADO POR LIC. JOSE MIGUEL CAMPILLO CARRETE EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN ADELANTE SE LE DENOMINARÁ “EL PATRÓN”, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:**

**DECLARACIONES:**

**Declara “EL INSTITUTO” que:**

1. Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios, a cuyo cargo está la organización y administración del Seguro Social, instrumento básico de la seguridad social, establecido como un Servicio Público de carácter nacional, de conformidad a lo establecido en los artículos 4 y 5 de la Ley del Seguro Social, en lo subsecuente “**LA LEY**”.
2. El C. Lic. MARCO ANTONIO ALVAREZ BECERRA, se encuentra facultado para suscribir el presente convenio en representación de “**EL INSTITUTO**” de acuerdo al poder que se contiene en la Escritura Pública número 15617, de fecha 07 de Marzo del 2012, otorgada ante la fe del Lic. CECILIO GONZÁLEZ MARQUEZ, Notario Público número 151, de la ciudad de MÉXICO, D. F.
3. Se encuentra facultado para celebrar convenios de reembolso con los patrones, para facilitarles el pago de subsidios a sus trabajadores con incapacidad temporal para el trabajo de conformidad con los artículos 63, segundo párrafo, 89 y 251 fracciones I, II y IV, VIII de “**LA LEY**”.
4. Mediante escrito S/N de fecha 21 de Noviembre del 2011, “**EL PATRÓN**” le solicitó la celebración del presente convenio, con el objeto de pagar a sus trabajadores, los subsidios derivados de las incapacidades temporales para el trabajo expedidas a su favor, en los términos establecidos en “**LA LEY**”, sin perjuicio de que si derivado de contratos Ley o Contratos Colectivos el pago es superior, éste se realizará como “**EL PATRÓN**” haya convenido en dichos instrumentos jurídicos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES  
COORDINACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
DIVISION DE SUBSIDIOS Y AYUDAS

5.- Para efectos del presente convenio señala como su domicilio el ubicado en : C. JUAREZ N° 104 SUR COL. CENTRO DE DURANGO DGO.

Declara " EL PATRON " que:

1.- Es un organismo publico descentralizado de la administración publica municipal con personalidad jurídica y patrimonio propios a cuyo cargo esta la captación, conducción y distribución de agua potable, así como la conducción y tratamiento de aguas residuales, que tiene su origen y fue constituido conforme al decreto de creación no. 328 publicado en el periódico oficial del gobierno constitucional del estado de Durango de fecha 30 de enero de 1992, y se transforma ajustando su estructura y funcionamiento en los términos y acato a las disposiciones de la ley de agua para el estado de Durango publicada el 7 de julio del 2005 en el periódico oficial del gobierno constitucional del estado de Durango, con fundamento en el segundo párrafo del artículo sexto transitorio de la reforma a la ley de agua para el estado de Durango publicada en el periódico oficial del gobierno constitucional del estado de Durango de fecha 25 de septiembre del 2005.

2.- Que el C. José Miguel Campillo Carrete, en su carácter de Director General, tiene la facultad de representar y celebrar el presente contrato, en términos de los artículos 56 de la ley de aguas para el estado de Durango, así como el artículo 13 del acuerdo de transformación del organismo público descentralizado publicado en fecha 23 de febrero del 2006 en el periódico oficial del estado de Durango y acta de sesión ordinaria del consejo directivo del sistema descentralizado de agua potable y alcantarillado celebrada el día 05 de octubre de 2010, acreditando su personalidad mediante la escritura pública numero 15,785 volumen 594, de fecha 28 de octubre de 2010, pasada ante la fe del Lic. Sergio Estrella Ochoa, notario público no. 5, con ejercicio en el distrito judicial de Gómez Palacio, Dgo.

3.- Bajo protesta de decir verdad, manifiesta que su(s) registros(s) patronal(es)es (son) ---B2814187 10 3--- y que a la fecha ha cumplido en tiempo y forma con los requisitos y documentos necesarios para la celebración del presente convenio, así como con las obligaciones que le impone " LA LEY " y sus reglamentos . En caso de que cuente con registro patronal único, este es B28714187 10 3

4.- Presento por escrito a "EL INSTITUTO " su solicitud para efectuar el pago de los subsidios por concepto de incapacidades temporales para el trabajo, que expida " EL INSTITUTO " en los seguros de riesgo de trabajo y de enfermedades y maternidad, solicitándole el reembolso de los mismos, a través del medio que se determine.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DIVISIÓN DE SUBSIDIOS Y AYUDAS

5. Para dar cumplimiento a lo establecido en la fracción III del artículo 89 de “LA LEY”, en el sentido de contar con la anuencia de los trabajadores y/o de la organización que los represente para la celebración de este convenio, señala lo siguiente:

(En caso de contar con Sindicato)

5.1. Concorre el Comité Ejecutivo del Sindicato de SIDEAPA, representado por su Secretario General, ADRIAN CANALES ENRIQUEZ personalidad que acredita en los términos de los artículos 376 y 692, fracción IV de la Ley Federal del Trabajo, con el oficio No. 11937 de fecha 08 de diciembre del 2011, girado por la Secretaria de Trabajo y Previsión Social, personalidad que manifiesta bajo protesta de decir verdad, no le ha sido revocada, ni se tiene por concluida.

(En caso de no contar con Sindicato)

5.2. A su escrito de solicitud, se adjunta una relación en la que señala el nombre de cada uno de sus trabajadores, así como la firma de estos en señal de conformidad, misma que se agrega a este convenio para formar parte del mismo. (En los casos de trabajadores que ingresen a laborar en fecha posterior a la celebración del presente convenio, también se deberá recabar su firma de conformidad, que podrá ser verificada por “EL INSTITUTO”, en términos de la Cláusula Décima).

6. En este acto jurídico se subroga en el derecho y obligaciones que les asiste a sus trabajadores, para reclamar los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Enfermedades y Maternidad a “EL INSTITUTO”, en los tiempos, condiciones y requisitos señalados en “LA LEY”.

7. Para los efectos que deriven del presente instrumento jurídico marca como su domicilio el ubicado en la calle Victoria No. 544 Nte, colonia Centro, Código Postal 35000 Ciudad o Delegación y/o Municipio Gómez Palacio, Estado de Durango.

Conformes las partes en las declaraciones anteriores, celebran el presente convenio, en los términos y con sujeción a las siguientes:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DIVISIÓN DE SUBSIDIOS Y AYUDAS

CLÁUSULAS

**Primera.** "EL PATRÓN" se obliga a pagar por cuenta de "EL INSTITUTO", los subsidios a que tengan derecho sus trabajadores en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Enfermedades y Maternidad, de conformidad a lo establecido en los artículos 58, 96, 98 y 101 de "LA LEY" en los términos y cuantías señaladas, así como en lo indicado en sus reglamentos. Asimismo, "EL INSTITUTO" se obliga a efectuar a "EL PATRÓN" el reembolso respectivo, en los términos y cuantías que fija "LA LEY".

**Segunda.** "EL INSTITUTO" se obliga a reembolsar quincenalmente el pago mediante la entrega a "EL PATRÓN" de cheque(s), o a través de acreditamiento en cuenta bancaria por transmisión electrónica o cualquier otro medio que determine "EL INSTITUTO". En cualquier caso, "EL INSTITUTO" formulará una relación quincenal en el que consten las características de los certificados de incapacidad que se pagan, sin que sea necesaria la presentación de las copias de estos documentos por parte de "EL PATRÓN".

**Tercera.** "EL INSTITUTO" reembolsará los subsidios de los trabajadores ubicados en el o los registros patronales señalados en el punto 3 de las declaraciones de "EL PATRÓN" en el presente Convenio. "EL PATRÓN" deberá comunicar por escrito al IMSS la adición o exclusión de algún registro patronal, adjuntando en el primer caso la relación de los trabajadores con el nombre y la firma de conformidad del nuevo registro patronal a dar de alta.

**Cuarta.** "EL PATRÓN" conciliará la información a que se refiere la cláusula anterior contra la "copia patrón" de los certificados de incapacidad que obren en su poder; si no hubieran sido incluidos todos los certificados, "EL PATRÓN" podrá solicitar a "EL INSTITUTO" el reembolso de los faltantes, presentando la "copia patrón" o "copia asegurado" del certificado de incapacidad.

Si "EL PATRÓN" considera que el importe reembolsado por el "EL INSTITUTO" no cumple con los términos y cuantías establecidos en la Ley del Seguro Social, podrá reclamar las diferencias que correspondan.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES**  
**COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**  
**DIVISIÓN DE SUBSIDIOS Y AYUDAS**

**Quinta.** La solicitud de reembolso que señala la cláusula anterior, se presentará por escrito ante **"EL INSTITUTO"**, en los Servicios de Prestaciones Económicas donde se suscribió el convenio o en las entidades que se encargan de administrar el registro patronal en el cual está inscrito el trabajador en el IMSS, en forma quincenal por ramo de seguro y por duplicado, debiendo contener el nombre de **"EL PATRÓN"**, así como el número de registro patronal ante **"EL INSTITUTO"**, el período que comprende la solicitud, el ramo de seguro de que se trate (Riesgos de Trabajo, Enfermedades o Maternidad), número de seguridad social y nombre del trabajador (apellido paterno, materno y nombre (s), número de folio del certificado de incapacidad, salario base de cotización, días autorizados e importe a reembolsar, así como los demás datos que considere pertinente agregar, adjuntando la "copia patrón" o "copia asegurado" del certificado de incapacidad cuyo reembolso solicita, en los términos de la Cláusula que antecede.

**Sexta.** De acuerdo a las reglas de la prescripción que establece el artículo 300 fracción II y último párrafo del mismo precepto de **"LA LEY"**, y de conformidad con la Declaración 6, asentada por **"EL PATRÓN"** en este instrumento jurídico, la solicitud de reembolso que **"EL PATRÓN"** realice a **"EL INSTITUTO"**, deberá efectuarse dentro del plazo de un año a partir de la fecha de expedición de los certificados de incapacidad por enfermedad no profesional y maternidad, y de dos años en los casos de riesgos de trabajo, extinguiéndose, en ambos casos, la obligación de **"EL INSTITUTO"** a recibir dichas solicitudes y por ende de efectuar el reembolso correspondiente al concluir dichos periodos.

En cuanto al pago de diferencias, éstas prescriben en los mismos términos después de haberse expedido el pago de las mismas.

**Séptima.** Con la finalidad de agilizar el trámite correspondiente, **"EL PATRÓN"** cuando efectúe reclamo de reembolso y/o pago de diferencias, anexará a la solicitud respectiva fotostática de la siguiente documentación, de obrar ésta en su poder:

1. Si se trata de reconocimiento de riesgo de trabajo, de la forma ST-1 "Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo", ST-7 "Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo", o ST-8 "Dictamen de Probable Recaída por Riesgo de Trabajo", debidamente calificada por los médicos del Instituto.
2. Del aviso de inscripción (Afil-02) cuando no existan antecedentes en el IMSS del trabajador, o cualquier documento que avale el IMSS sobre su inscripción.
3. Tratándose de modificación de salario, del aviso respectivo (forma Afil-03) o cualquier documento que avale el IMSS sobre la modificación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DIVISIÓN DE SUBSIDIOS Y AYUDAS

**Octava.** "EL INSTITUTO" entregará los cheques y/o relaciones que amparan los reembolsos, precisamente a la persona o personas autorizadas por "EL PATRÓN" para tal efecto, recabando la correspondiente firma de recibido y en la inteligencia de que, para el caso de que se designe(n) otra u otras personas para ese fin, revocando o no la autorización otorgada a las anteriores, deberá comunicar "EL PATRÓN" a "EL INSTITUTO" tal circunstancia por escrito, con una anticipación a lo menos de quince días antes del próximo reembolso, acompañando las fotografías y firmas de las personas autorizadas para su ratificación posterior.

"EL PATRÓN" será responsable de los actos o trámites realizados por las personas que autorizó y de las cuales omita notificar en tiempo y forma a "EL INSTITUTO" que ya no representan a "EL PATRÓN", tanto para recoger cheques y/o facturas como para la realización de los trámites inherentes al convenio que se celebra.

**Novena.** "EL PATRÓN" está obligado a responder ante "EL INSTITUTO" de cualquier reclamación que le formulen sus trabajadores a éste, relacionada con el pago de subsidios que "EL PATRÓN" hubiera efectuado o negativa a cubrirlos y que hubiesen sido reembolsados por "EL INSTITUTO" a "EL PATRÓN".

**Décima.** "EL PATRÓN" está obligado a otorgar a "EL INSTITUTO" las facilidades necesarias para que éste verifique en cualquier tiempo el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones pactadas en el presente instrumento jurídico.

"EL PATRÓN" se obliga a acreditar documentalmente, el pago del subsidio correspondiente, por cada trabajador, en el caso de que así le sea requerido por el "EL INSTITUTO".

En caso de que "EL PATRÓN" no acredite fehacientemente el pago de los subsidios, en términos de lo señalado en el párrafo precedente, "EL INSTITUTO" deducirá a "EL PATRÓN", en la siguiente quincena, las cantidades que hayan sido reembolsadas por concepto de pagos no demostrados.

**Décima Primera.** "EL INSTITUTO" comunicará a "EL PATRÓN", las sentencias, resoluciones judiciales y laudos que reciba, a efecto de que "EL PATRÓN", efectúe los descuentos que en dichas resoluciones se ordene sean aplicados sobre las prestaciones de los trabajadores, y proceda al pago de los conceptos correspondientes a favor de quienes se haya determinado, con cargo a los subsidios señalados en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Enfermedad y Maternidad, lo anterior sin menoscabo de las que presenten los interesados directamente a "EL PATRÓN".

... décima segunda. En caso de controversia, las partes convienen en someterse a la jurisdicción de los Tribunales Federales competentes con residencia en la ciudad de Gómez Palacio, DGO, renunciando al fuero que pudiera corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro.

... décima tercera. "EL INSTITUTO" y "EL PATRÓN" convienen que el presente instrumento jurídico tendrá una vigencia indefinida, que comenzará a surtir efectos a partir del 01 de Noviembre de 2011, pudiendo darse por terminado por voluntad expresa de cualquiera de las partes, previa comunicación por escrito que una parte realice a la otra, con treinta días naturales de anticipación.

Con independencia de lo anterior, serán causas de terminación imputables a "EL PATRÓN" las siguientes:

- 1. Que no otorgue a "EL INSTITUTO", las facilidades para verificar el cumplimiento del presente Convenio
- 2. Que no cubra el pago de los subsidios a sus trabajadores, en los términos convenidos.
- 3. Que no cumpla con cualquiera de las obligaciones, términos o condiciones estipulados en el presente Convenio.

"EL INSTITUTO" cuando así lo requiera, podrá solicitar la actualización de los términos y condiciones del presente convenio a "EL PATRÓN".

El presente convenio se firma por triplicado en la ciudad de Gómez Palacio Dgo. el 01 de Abril de 2012, quedando un ejemplar en poder de "EL PATRÓN" y los restantes en poder de "EL INSTITUTO".

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

LIC. MARCO ANTONIO ALVAREZ BECERRA

Patrón

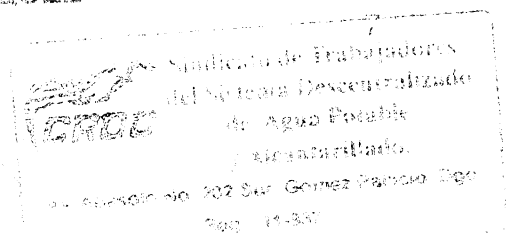
LIC. JOSE MIGUEL CAMPILLO CARRETE

Comité Ejecutivo del Sindicato

SRIO. GRAL ADRIAN CANALES ENRIQUEZ



SISTEMA DESCENTRALIZADO DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DEL MUNICIPIO DE GÓMEZ PALACIO, DGO.



*Luz Gloria*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEMORANDUM INTERNO

AL: Dra. Gloria Lazcano Burciaga  
Jefe Deleg. De Prestaciones Económicas

REF: 102410200200/ 021/2012

DEL: Director de la U.M.F No. 10

FECHA: 25 de Enero del 2012.

ASUNTO:

At'n: Jefe de Supervisión Prestaciones Económicas

Por medio del presente me permito enviar a usted, Solicitud de acreditamiento en cuenta ( Notificación de número de cuenta de cheques e institución bancaria) Así mismo convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios de SIDEAPA.

Esperando reciba de conformidad lo anterior, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial salud.

ATENTAMENTE  
"Seguridad y Solidaridad Social"

DR. Heriberto Reyes Cisneros

*HR*  
PMS:fre

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación Estatal de Durango  
Departamento de Servicios Médicos

26 ENE 2012

RECIBIDO

A SU INTERIOR

RECIBIDO

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Delegación Estatal de Durango  
Departamento de Prestaciones Económicas y Subsidios

RECIBIDO

RECIBIDO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Solicitud de acreditamiento en cuenta  
(Notificación de número de cuenta de cheques e institución bancaria)**

GOMEZ PALACIO, DGO. a 18 de ENERO de 2012.

Servicio de Prestaciones Económicas

El que suscribe como representante legal de la Empresa SIDEAPA con registro patronal 82814187103, solicito al Instituto Mexicano del Seguro Social, deposite el importe por concepto de reembolso de subsidios en la cuenta de cheques no 0158505357 CLABE 012060001585053570 del Banc@ANCOMER Sucursal 0815 y número de plaza TORREON.

Asimismo, comunico al Instituto Mexicano del Seguro Social, que para cualquier aclaración e información relativa al "Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios" el domicilio de la empresa se ubica en: Calle AV. VICTORIA N° 544 NTE, Colonia CENTRO C.P. 35000 Con número telefónico 7-14-01-15 EXT.106, Fax 7-14-01-15 EXT.104 y/o correo electrónico jloera@sideapa.gob.mx



Atentamente

JESUS LOZA FLORES.

Nombre y Firma del Representante

SISTEMA DESCENTRALIZADO DE  
AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO  
DEL MUNICIPIO DE GOMEZ PALACIO, DGO.

Seilo de la Empresa

Anexo:

- Copia del Registro Federal de Contribuyentes de la Empresa.
- Copia de la identificación oficial del Apoderado Legal de la Empresa, Vigente.
- Copia del estado de cuenta bancaria con antigüedad no superior a tres meses.

